

Czy jest Pani w ciąży ?	TAK	NIE
Czy nosi Pan/i protezę zębową? Jeżeli TAK to proszę ją wyjąć	TAK	NIE
Czy zostawia Pan/i badania poprzednie z wynikami, wypisy ze szpital (informacje w nich zawarte mogą być konieczne dla prawidłowego opisu)?	TAK	NIE

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że:

Nie jestem w ciąży

Wyrażam świadomą zgodę na badanie RTG.

Jednocześnie oświadczam, że miałem nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, na które otrzymałem/am satysfakcjonujące mnie odpowiedzi. Zostałem/am poinformowany/a o możliwych powikłaniach (w tym tych odległych) i zagrożeniach. Przedstawiono mi również alternatywne sposoby diagnostyki.

Potwierdzam, że miałem/am wystarczającą ilość czasu, aby podjąć w pełni świadomą decyzję.

data i miejsce

czytelnie imię i nazwisko

Podpis i pieczętka lekarza

Podpis i pieczętka technika RTG